

Facultade de Enfermaría e Podoloxía



TRABALLO DE FIN DE GRAO EN PODOLOXÍA

Curso académico 2020/2021

Síndrome das uñas amarelas: Estudo dun caso

Silvia Moreno Campo

Director(es): Dr. Abián Mosquera Fernández

Dr. Benigno Monteagudo Sánchez

Director(es):

Dr. Abián Mosquera Fernández

Profesor Contratado Doutor do Departamento de Ciencias de la Saúde.

Dr. Benigno Monteagudo Sánchez

Profesor Asociado do Departamento de Ciencias da Saúde.

Dermatólogo. Servizo de Dermatoloxía Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. SERGAS.

AGRADECEMENTOS

Aos meus titores, Abián e Benigno por toda a axuda e dedicación e por seren a mellor guía na realización deste traballo.

A toda a miña familia.

A meus pais, por faceren posible que chegase ata aquí, polo apoio incondicional en todos os aspectos da miña vida e pola educación e os valores que me inculcaron dende pequena.

A miña irmá, por ser o meu pilar fundamental e por apostar por min sempre.

Aos meus amigos de sempre, polo ánimo, a confianza, e por estar en todo momento.

Aos meus compañeiros de carreira pero sobre todo a aqueles que se converteron en amigos, por aprender xuntos no día a día e por todos os momentos inesquecibles destes catro anos.

Aos profesores e profesionais que me transmitiron os seus coñecementos e experiencias e me axudaron a crecer como persoa e como futura podóloga.

ÍNDICE

1. RESUMOS	7
1.1. Resumo.....	7
1.2. Resumen.....	7
1.3. Abstract.....	8
2. SIGLAS E ACRÓNIMOS	9
3. INTRODUCCIÓN	10
3.1. Definición	10
3.2. Prevalencia	10
3.3. Etiopatoxenia	10
3.4. Diagnóstico	12
3.5. Clínica	12
3.6. Diagnóstico diferencial	13
3.7. Tratamento.....	13
3.8. Prognóstico	14
3.9. Xustificación	14
4. PRESENTACIÓN DO CASO	16
5. VALORACIÓN	18
6. PLAN DE ACTUACIÓN	18
6.1. Fase diagnóstica	18
6.2. Fase de planificación	18
6.3. Fase de execución	19
6.4. Fase de avaliación	19
7. DISCUSIÓN	19
7.1. Conclusións	21
8. BIBLIOGRAFÍA	22
9. ANEXOS	26
9.1. Anexo 1	26
9.2. Anexo 2.....	32

ÍNDICE DE TÁBOAS

Táboa I. Factores etiolóxicos	11
Táboa II. Manifestacións ungueais	13
Táboa III. Diagnóstico diferencial.....	13
Táboa IV. Tratamento da SUA.....	14
Táboa V. Casos máis recentes de SUA descritos na literatura	15
Táboa VI. Manifestacións respiratorias.....	20

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Linfedema nas pernas	17
Figura 2. Manifestacións ungueais nas mans.....	17
Figura 3. Manifestacións ungueais nos pés.....	17
Figura 4. Evolución das manifestacións ungueais	19

1. Resumos

1.1. Resumo

Presentación do caso: Descríbese o caso dun varón de 62 anos de idade, exfumador dende hai 5 anos e que foi derivado do Servizo de Dermatoloxía do Hospital Naval de Ferrol á Clínica Universitaria de Podoloxía (CUP) da Universidade da Coruña (UDC) para realizar tratamento e seguimento podolóxico tras ser diagnosticado de síndrome de uñas amarelas (SUA).

Valoración: As uñas están engrosadas e presentan unha sobrecurvatura transversal, cromoniquia, xantoniquia, escleroniquia, hiperqueratose ungueal, desaparición de lúnula e de cutícula e un crecemento lonxitudinal lento.

Plan de actuación: Realízase un corte, fresado das unllas e retirada das hiperqueratoses existentes, aplícase crema hidratante nos pés e prescríbese vitamina E tópica 1 vez/día.

Discusión: Neste caso, pautouse vitamina E tópica, centrándose no tratamento podolóxico das alteracións ungueais. A pesar de que na literatura hai diversos tratamentos descritos para a SUA, son escasos os reportes de casos existentes polo que é necesaria a realización de estudos de investigación a maior escala que permitan coñecer mellor a etioloxía desta síndrome e así ampliar o arsenal terapéutico e mellorar a calidade de vida dos nosos pacientes.

1.2. Resumen

Presentación del caso: Se describe el caso de un varón de 62 años de edad, exfumador desde hace 5 años y que fue derivado del Servicio de Dermatología del Hospital Naval de Ferrol a la Clínica Universitaria de Podología (CUP) de la Universidade da Coruña (UDC) para realizar tratamiento y seguimiento podológico después de ser diagnosticado de síndrome de uñas amarillas (SUA).

Valoración: Las uñas están engrosadas y presentan sobrecurvatura transversal, cromoniquia, xantoniquia, escleroniquia, hiperqueratosis ungueal, desaparición de lúnula y cutícula y un crecimiento longitudinal lento.

Plan de actuación: Se realiza un corte, fresado de uñas y retirada de las hiperqueratosis existentes, se aplica crema hidratante en los pies y se prescribe vitamina E tópica 1 vez/día.

Discusión: En este caso, se pautó vitamina E tópica, centrándose en el tratamiento podológico de las alteraciones ungueales. A pesar de que en la literatura hay diversos tratamientos descritos para el SUA, son escasos los reportes de casos existentes por lo que es necesaria la realización de estudios de investigación a mayor escala que permitan conocer mejor la etiología de este síndrome y así ampliar el arsenal terapéutico y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

1.3. Abstract

Case presentation: We report a clinical case of a 62-year-old man, ex-smoker for 5 years that was referred from the Dermatology Service of the Naval Hospital of Ferrol to the University Podiatry Clinic (UPC) of the University of A Coruña (UDC) for podiatric treatment and follow-up after being diagnosed of yellow nails syndrome (YNS).

Assessment: The nails are thickened and they show transverse overcurvature, chromonychia, xanthonychia, scleronychia, nail hyperkeratosis, disappearance of lunula and cuticle, and slow longitudinal growth.

Action plan: It is performed a cut, nail milling and removal of existing hyperkeratosis, it is applied moisturizing cream to the feet and it is prescribed topical vitamin E 1 time / day.

Discussion: In this case, topical vitamin E was prescribed, was focusing on the podiatric treatment of nail alterations. Despite the fact that there are various treatments are described for YNS in the literature, there are few reports of existing cases, which is why it is necessary to carry out larger-scale research studies to better understand the etiology of this syndrome and thus to expand the arsenal therapeutic and to improve the quality of life of our patients.

2. Siglas e acrónimos

SUA- Síndrome de uñas amarelas

CUP- Clínica Universitaria de Podoloxía

UDC- Universidade da Coruña

YNS- *Yellow nails syndrome*

SIDA- Síndrome da inmunodeficiencia adquirida

LU- Lámina ungueal

CPAP- *Continuous positive air pressure*

AAS- Ácido acetil salicílico

CFN- Complementos fitonutricionais

3. Introducción

3.1. Definición

A síndrome das uñas amarelas (SUA) describiuse como unha tríade clínica que consta de uñas (das mans, dos pés ou de ambas) amarelas engrosadas, linfedema e afectación do tracto respiratorio¹. A anomalía nas uñas é a que menos morbilidade xera dentro desta tríade, pero ten unha marcada implicación estética¹.

O primeiro caso de SUA foi informado por Heller no ano 1927 pero foron Samman & White os que describiron a primeira serie de pacientes con SUA asociada a linfedema en 1964².

Orixinalmente a SUA considerábase un trastorno hereditario pero a literatura contemporánea mostra un predominio de casos adquiridos^{1,3}. Actualmente, pénsase que se trata dunha entidade rara e adquirida⁴ que adoita presentarse entre a cuarta e a sexta década da vida cunha distribución similar en canto ao sexo⁵. Aínda que non é habitual que apareza antes dos 10 anos nin no momento do nacemento³ hai reportes de casos en nenos e neonatos⁶.

3.2. Prevalencia

A pesar de que se describiron casos de SUA en todos os países do mundo, non se dispón de datos precisos para determinar a súa prevalencia, pero considérase un trastorno pouco común cunha prevalencia estimada inferior a un caso por 1.000.000³.

3.3. Etiopatoxenia

Aínda que se cre que o mecanismo predominante desta síndrome está relacionado con factores anatómicos ou anomalías funcionais do sistema linfático⁵, a patoxenia segue sen estar clara. Hai autores que pensan que máis que á deterioración linfática funcional, a fisiopatoloxía da SUA pódese atribuír á microvasculopatía asociada á perda de proteínas⁷. Por outra parte, un reporte de casos sinala que a SUA pode estar asociada con defectos das células T e B⁸.

A SUA pode aparecer como consecuencia de exposicións ambientais ou iatroxénicas e aínda que se sospeita dunha correlación entre a exposición ó titanio e a aparición desta síndrome, esta hipótese non está confirmada^{3,4,9}.

Algúns autores clasifican a SUA como un trastorno hereditario autosómico dominante e incluso se describiron casos de afectación familiar¹⁰. Outros autores non obstante, pensan que se pode tratar dunha síndrome idiopática, asociada a patoloxía sistémica e/ou secundaria a outras afeccións (enfermidades do tecido conectivo, alteracións endócrinas, neoplasias malignas, síndrome da inmunodeficiencia adquirida (SIDA), sífilis, tuberculose, artrite reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome nefrótico, infarto de miocardio, fenómeno de Raynaud, diabetes mellitus, enfermidades tiroideas, autoinmunes (síndrome de Guillain-Barré), infecciosas, inflamatorias, hematolóxicas...) ou unha reacción adversa de fármacos (penicilamina, bucilamina ou tiomalato de sodio...) ^{1-5,11-12}.

Ademais, as anomalías das uñas propias desta síndrome tamén se asocian a tratamentos con quimioterapia¹⁻³.

A continuación, amósanse na táboa I as posibles causas descritas desta síndrome.

Táboa I. Factores etiolóxicos

Anomalías sistema linfático	Exposicións ambientais e iatroxénicas
Microvasculopatía asociada á perda de proteínas	Exposición titanio
Alteracións endócrinas	Deficiencias
SIDA	Neoplasias malignas
Enfermidades inflamatorias	Enfermidades autoinmunes
Enfermidades do tecido conectivo	Enfermidades hematolóxicas
Enfermidades tiroideas	Enfermidades infecciosas
Quimioterapia	Reaccións adversas farmacolóxicas
Sífilis	Tuberculose
Artrite reumatoide	Lupus eritematosos sistémico
Infarto de miocardio	Síndrome nefrótico

3.4. Diagnóstico

O diagnóstico da SUA é clínico¹³ e baséase na coloración amarelenta e no engrosamento das unllas, linfedema e/ou manifestacións respiratorias (sinusite, bronquite, pneumonías recorrentes, pleurite, bronquiectasias, tose crónica)^{1,3}. Non obstante, o posible intervalo de aparición entre o primeiro signo clínico (linfedema e/ou manifestacións respiratorias) e a decoloración das uñas pode dificultar o diagnóstico¹⁻³.

Nun reporte de caso a linfanxiografía intranodal foi útil para realizar o diagnóstico de SUA ao facilitar a visualización da displasia do conduto linfático no tronco do corpo¹⁴.

A veces o diagnóstico pode resultar complexo porque non todas as características da tríade se presenten simultaneamente^{1,6}. Para diagnosticar esta síndrome é suficiente con que existan dous dos seus compoñentes (cambios característicos nas uñas, linfedema e/ou afectación do tracto respiratorio)^{1,2}. Así pois, poden aparecer individual ou secuencialmente xa que, a tríade completa só está presente no 27% - 60% dos pacientes e os síntomas pódense manifestar con anos de diferenza^{1,3}.

3.5. Clínica

Como amosa a táboa II, en relación coas manifestacións clínicas da SUA, as uñas presentan unha coloración amarelenta que se denomina cromoniquia e, concretamente, xantoniquia¹⁻³.

A lámina ungueal (LU) vólvese máis engrosada, presenta unha sobrecurvatura transversal, estrías cruzadas e escleroniquia (uña moi dura e difícil de cortar). Ademais, a cutícula pode estar ausente e obsérvase hiperqueratose ungueal que provoca a desaparición da lúnula¹⁻³.

É habitual a aparición de eritema no prego ungueal proximal (asociado con paroniquia crónica)¹⁻³. En ocasións aparece onicólise que pode desencadear en onicomadese¹⁻⁴. A maiores, esta síndrome ocasiona un crecemento lonxitudinal das uñas máis lento do normal¹⁻³.

Táboa II. Manifestacións ungueais

Cromoniquia	Xantoniquia
Engrosamento LU	Sobrecurvatura transversal LU
Escleroniquia	Ausencia de lúnula e cutícula
Hiperqueratose ungueal	Eritema no prego ungueal
Atraso crecemento lonxitudinal LU	Paroniquia crónica
Onicólise	Onicomadese

3.6. Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial da SUA tal e como se aprecia na táboa III, débese establecer con micoses ungueais, lique plano, psoríase, paroniquia crónica, onicogribose, paquioniquia adquirida, candidíase e *tinea* ungueal ^{3, 4, 15}.

Táboa III. Diagnóstico diferencial

Micoses ungueais	Lique plano
Psoríase	Paroniquia crónica
Onicogribose	Paquioniquia adquirida
Candidíase	<i>Tinea</i> ungueal

3.7. Tratamento

A morbilidade por esta síndrome é alta debido á ausencia de terapias totalmente resolutivas e o seu tratamento é principalmente paliativo e de apoio¹. O obxectivo principal do tratamento podolóxico será mellorar a clínica, os aspectos estéticos e a aparencia das uñas. Aínda que o tratamento podolóxico é predominantemente de apoio, débese ter en conta que a terapia exitosa dun compoñente da tríade mellora a sintomatoloxía dos demais.

Cando a síndrome é adquirida por unha exposición coñecida, podería ser parcialmente reversible suprimindo a exposición que a provoca³. No caso do titanio, nun estudo obsérvase que ao deter a liberación galvánica de ións de titanio ou cancelar a exposición ao dióxido de titanio, a clínica desaparece⁸. Se se trata dunha síndrome paraneoplásica, as anomalías nas uñas non remitirán ata que o tratamento remate³.

Como amosa a táboa IV, na literatura, para tratar esta síndrome, descríbense multitude de tratamentos farmacolóxicos tales como a vitamina E tópica, a vitamina E oral, inxeccións tópicas de triamcinolona¹, combinación de vitamina E oral con un antifúngico oral como o fluconazol ou itraconazol¹⁻⁴, monoterapia con itraconazol^{1,16}, con zinc, con claritromicina^{1,2}, e con corticoesteroides como a budesonida¹⁷.

Táboa IV. Tratamento da SUA

Vitamina E tópica	Vitamina E oral
Vitamina E + antifúngico	Triamcinolona
Zinc	Claritromicina
Corticoesteroides	

3.8. Prognóstico

O prognóstico da SUA normalmente é favorable (a maioría dos casos responden ao tratamento e a coloración das unllas mellora)⁷. O resultado a longo prazo varía en función do tipo e da gravidade das afeccións asociadas e as persoas que padecen esta síndrome presentan unha esperanza de vida diminuída en comparación coa poboación xeral^{7,11}.

3.9. Xustificación

O aspecto saudable das uñas é unha parte importante da imaxe corporal dunha persoa, e os pacientes poden considerar calquera anomalía nelas como un problema cosmético importante, que vai influír notablemente na súa autoestima. Non obstante, as lesións das uñas non só son importantes pola desfiguración cosmética, senón que poden ser un síntoma dunha morbilidade significativa como no caso da SUA e está demostrado que a afectación severa das uñas interfere no benestar do paciente.

Os cambios nas uñas son una preocupación importante para os pacientes e a patoloxía ungueal ocasiona unha marcada diminución da calidade de vida das

persoas polo que as patoloxías das uñas deben recibir a atención axeitada por parte dos médicos ou podólogos.

Desta síndrome apenas hai casos descritos na literatura mundial como se observa na táboa V^{1,2,5,7-21,23-26}, e aínda que se trata dunha entidade pouco frecuente, presenta unha clínica moi específica con alteracións ungueais que se manifestan nas fases iniciais. Por esta razón, é de suma importancia coñecer con detalle o que é a SUA así como a súa etioloxía e as manifestacións clínicas, co fin de facilitar o diagnóstico e de evitar a realización de probas complementarias innecesarias para o paciente. Ademais, é fundamental ter o suficiente dominio dos tratamentos desta síndrome para levar a cabo un plan terapéutico axeitado que mellore a calidade de vida dos pacientes que a padecen.

Táboa V. Casos máis recentes de SUA descritos na literatura

Autor	País	Ano	n
Heller <i>et al.</i>	Alemaña	1927	1
Samman & White <i>et al.</i>	Inglaterra	1964	13
Alessandro <i>et al.</i>	Reino Unido	2001	1
Tosti <i>et al.</i>	Italia	2002	8
Baran <i>et al.</i>	Francia	2002	1
Toyoshima <i>et al.</i>	Xapón	2005	1
Razi <i>et al.</i>	Irán	2006	1
Hoque <i>et al.</i>	Reino Unido	2007	11
Maldonado <i>et al.</i>	Estados Unidos	2008	41
Nanda <i>et al.</i>	Estados Unidos	2009	1
Baran <i>et al.</i>	Francia	2009	13
Dornia <i>et al.</i>	Alemaña	2011	1
Suzuki <i>et al.</i>	Xapón	2011	1
Berglund <i>et al.</i>	Suecia	2011	34
Gupta <i>et al.</i>	Polonia	2012	2
Polat <i>et al.</i>	Estados Unidos	2012	1
Nakagomi <i>et al.</i>	Xapón	2013	2
Kurin <i>et al.</i>	Estados Unidos	2017	1
Soong <i>et al.</i>	Canadá	2018	1
Wang <i>et al.</i>	Estados Unidos	2019	1

Giacomi <i>et al.</i>	Italia	2019	1
Robles Mathuenda <i>et al.</i>	España	2020	1
Uchida <i>et al.</i>	Xapón	2021	1
Taniguchi <i>et al.</i>	Xapón	2021	1

4. Presentación do caso

Co propósito de dar a coñecer a SUA e desta maneira poder realizar un diagnóstico e tratamento axeitado, tendo en conta as características desta síndrome e a morbilidade asociada, descríbese o caso dun paciente e seguidamente unha revisión da literatura cun enfoque cara ao seu tratamento.

Preséntase o caso dun varón de 62 anos de idade, exfumador dende hai 5 anos e que foi derivado do Servizo de Dermatoloxía do Hospital Naval de Ferrol á Clínica Universitaria de Podoloxía (CUP) para realizar tratamento e seguimento podolóxico tras ser diagnosticado de SUA.

Ademais de SUA tamén presenta hipertensión arterial, dislipemia, un nódulo pulmonar de 10 mm de aparencia irregular con algunhas espículas finas periféricas no lóbulo superior dereito e está a seguimento no Servizo de Pneumoloxía do Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol dende hai dous anos.

Engadido a todo o anterior, padece sinusite do seo maxilar esquerdo cun ano de evolución e síndrome de apnea-hipoapnea do sono a tratamento con auto CPAP (*continuous positive air pressure*). A maiores sofre unha cardiopatía isquémica e anxina de esforzo estable e foi intervindo hai dous anos para a colocación de 3 *stents*.

Como antecedentes cirúrxicos presenta apendicectomía e tumor de Warthin da parótide esquerda.

O paciente non refire alerxias medicamentosas coñecidas e encóntrase a tratamento para as patoloxías que presenta con ácido acetil-salicílico (AAS) 100mg, atorvastatina 40mg, ramipril 2.5mg, pantoprazol 20mg e CFN (complementos fitonutricionais) solip.

Dende hai un ano e medio presenta linfedema nas pernas, como se observa na figura 1, e na actualidade aprécianse alteracións ungueais propias da SUA nas mans (figura 2) e nos pés (figura 3).



Figura 1. Linfedema nas pernas



Figura 2. Manifestacións ungueais nas mans



Figura 3. Manifestacións ungueais nos pés

No desenvolvemento do caso respectáronse as normas de boa práctica, así como os requisitos establecidos na Lei de protección de datos de carácter persoal (Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro)²⁷ e na Lei 41/2002, do 14 de novembro²⁸ (reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica).

Así mesmo, declárase que non existe ningún conflito de intereses.

5. Valoración

Na exploración obsérvase un engrosamento de todas as LU e unha sobrecurvatura transversal das mesmas. Todas as uñas presentan cromoniquia, xantoniquia, escleroniquia e hiperqueratose ungueal. A maiores, tanto a lúnula como a cutícula están ausentes e pódese sospeitar dun crecemento lonxitudinal lento das unllas porque o paciente refire que apenas as ten que cortar. Non hai signos de eritema nos pregos ungueais nin de onicólise en ningunha das unllas.

6. Plan de actuación

6.1. Fase diagnóstica

O paciente atópase diagnosticado de SUA vencellada a linfedema de pernas, sinusite e patoloxía pulmonar crónica.

6.2. Fase de planificación

Despois de realizar a valoración podolóxica e ao atopar manifestacións ungueais propias da SUA, procédese a determinar o plan terapéutico, explicándolle ao paciente detalladamente o proceso que se vai realizar e contando en todo momento co seu consentimento.

Na consulta realízase un corte e fresado das unllas así como a retirada das hiperqueratoses existentes. A continuación, aplícase unha crema hidratante nos pés e procédese a pautar o tratamento. Prescríbese vitamina E tópica nun primeiro momento pero no caso de que a clínica empeore valorarase o tratamento con vitamina E oral en combinación cun antifúnxico oral.

Por último, proporcióñanselle ao paciente as pautas de hixiene e coidado dos pés, recollidas no anexo 2.

6.3. Fase de execución

Explícaselle ao paciente que debe aplicar o tratamento pautado (vitamina E tópica) unha vez ao día, preferiblemente pola mañá, estendéndoo sobre todas as uñas e de ser posible por debaixo delas, coa axuda da espátula.

Insísteselle na importancia de adherirse correctamente ao tratamento prescrito para acadar uns resultados terapéuticos óptimos.

6.4. Fase de avaliación

Para manter o seguimento do paciente márcanse revisións periódicas nas que se observa melloría nas uñas (figura 4) a medida que o tempo pasa. Como a evolución é favorable mantense o tratamento pautado.



Figura 4. Evolución das manifestacións ungueais

7. Discusión

Na SUA, ademais das manifestacións ungueais e a aparición de linfedema, tamén son moi habituais as manifestacións respiratorias como as que se amosan na táboa VI⁴.

Táboa VI. Manifestacións respiratorias

Sinusite	Bronquite
Pneumonías recorrentes	Pleurite
Bronquiectasias	Tose crónica

No caso que se presenta, o paciente sofre alteracións ungueais propias da síndrome, pero, ademais, tamén presenta linfedema nas pernas e sinusite, o que axudou a realizar o diagnóstico.

En canto ao tratamento desta síndrome, é sintomático para cada compoñente da tríade pero no presente caso, centrarémonos no que respecta ao tratamento podolóxico das alteracións ungueais. Este consistiu en pautarlle ao paciente, nun primeiro momento, vitamina E tópica, descrita na bibliografía como o tratamento menos agresivo, que presenta mínimos efectos secundarios e que pode previr o depósito de lipofuscina das uñas¹. Ora ben, este non é o único tratamento senón que, hai diversos detallados na literatura.

A vitamina E oral está máis estudada que a tópica pero os resultados non mostran diferenzas significativas en comparación con outras terapias¹.

Coas inxeccións tópicas de triamcinolona de 5 mg acadáronse resultados mixtos ao realizar un ensaio con 10 pacientes con SUA. O único inconveniente era que as inxeccións causaban dor e consumían moito tempo¹.

A combinación de 800-1200 U diarias de vitamina E oral con doses pulsadas de 300 a 400 mg dun antifúngico mostrou resultados satisfactorios en varios informes de casos e estudos¹ e o tratamento de vitamina E combinado con fluconazol logrou respostas parciais e completas³. Non obstante, outro estudo no que participaron 20 pacientes (11 tratados con 1200 U diarias de vitamina E, e 9 que recibiron 400 mg adicionais de itraconazol ao día durante unha semana ao mes, mostraron unha taxa de resposta do 50% en ambos grupos.

Altas doses de vitamina E (1000-1200 UI / d) foron eficaces en algúns reportes de casos e a combinación con antifúngicos sistémicos (itraconazol [400 mg / d

por semana / mes] ou fluconazol [300 mg / semana]) durante polo menos 6 meses pode ser beneficioso para estimular o crecemento ungueal⁴.

O tratamento con itraconazol oral como terapia única non demostrou resultados significativos¹ e non se considera un tratamento eficaz comparado coa vitamina E¹⁶.

Monoterapias orais con zinc 300 mg/día e claritromicina 400 mg/día demostraron resultados significativos en informes de casos illados, aínda que se sospeita que a melloría tamén poida estar relacionada co alivio dos síntomas respiratorios^{1,2,15}.

O tratamento con macrólidos en doses baixas con 400 mg/día de claritromicina logrou unha mellora progresiva, pero non conseguiu unha resolución completa da clínica¹⁷.

Nun reporte de caso o tratamento con vitamina E 300 mg/día mellorou as manifestacións ungueais chegando a alcanzar a normalidade un ano despois¹⁸.

7.1. Conclusións

A SUA é unha síndrome rara que se asocia cunha decoloración amarela das uñas, manifestacións pulmonares / sinusite e linfedema.

É frecuente que se produza de forma illada, pero tamén pode estar asociada con outras enfermidades. A súa etiloxía segue sen estar clara e o tratamento das manifestacións ungueais é sintomático.

Son escasos os reportes de SUA descritos na literatura polo que é necesaria a realización de estudos de investigación a maior escala que permitan coñecer mellor a etiloxía desta síndrome e así ampliar o arsenal terapéutico e mellorar a calidade de vida dos nosos pacientes.

8. Bibliografía

1. Kurin M, Wiesen J, Metha A. Yellow nail syndrome: a case report and review of treatment options. *Eur Respir J*. 2017; 11(4):405-10. doi:10.1111/crj.12354.
2. Soong L, Haber R. Yellow nail syndrome presenting with a pericardial effusion: A case report and review of the literatura. *J Cutan Med Surg*. 2018; 22(2):190-3. doi: 10.1177/1203475417738970.
3. Vignes S, Baran R. Yellow nail syndrome: a review. *Orphanet J Rare Dis*. 2017; 12(1):1-10. doi: 10.1186/s13023-017-0594-4.
4. Dehavay F, Richert B. Nail is systemic disorders: Main signs and clues. *Dermatol Clin*. 2021; 39 (2): 153-73. doi: 10.1016 / j.det.2020.12.013.
5. Alessandro A, Muzi G, Monaco A, Filiberto S, Barboni A, Abbritti G. Yellow nail syndrome: Does protein leakage play a role?. *Eur Respir J*. 2001; 17(1):149-52. doi: 10.1183/09031936.01.17101490
6. Cheslock M, Harrington DW. Yellow Nail Syndrome. *Stat Pearls*. 2021. PMID: 32491692
7. Maldonado F, Tazelaar H, Wang CW, Ryu J. Yellow nail syndrome: Analysis of 41 consecutive patients. *Chest*. 2008; 134(2):375-81. doi: 10.1378/chest.08-0137.
8. Gupta S, Samra D, Yel L, Agrawal S. T and B cell deficiency associated with yellow nail syndrome. *Scand J Immunol*. 2012; 75(3):329-35. doi: 10.1111/j.1365-3083.2011.02653.x.
9. Berglund F, Carlmark B. Titanium, sinusitis, and the yellow nail syndrome. *Biol Trace Elem Res*. 2011; 143(1):1-7. doi: 10.1007/s12011-010-8828-5.
10. Razi E. familial yellow nail syndrome. *Dermatol Online J*. 2006; 12(2):15. PMID: 16638408.

11. Hoque SR, Mansour S, Mortimer PS. Yellow nail syndrome: not a genetic disorder? Eleven new cases and a review of the literature. *Br J Dermatol*. 2007; 156:1230-4. doi: 10.1111/j.1365-2133.2007.07894.x.
12. Nakagomi D, Ikeda K, Kawashima H, Kobayashi Y, Suto A, Nakajima H. Bucillamine-induced yellow nail in Japanese patients with rheumatoid arthritis: two case reports and a review of 36 reported cases. *Rheumatol Int*. 2013; 33(3):793-7. doi: 10.1007/s00296-011-2241-z.
13. Dornia C, Johst C, Lange T, Käß S, Hamer OW. Yellow nail syndrome: Dystrophic nails, peripheral lymphedema and chronic cough. *Can Respir J*. 2011; 18(4):68-9. doi: 10.1155/2011/861913.
14. Uchida T, Uchida Y, Takahashi M, Masaki K, Sato H, Lemura H et al. A Case of Yellow Nail Syndrome in Which Intranodal Lymphangiography Contributed to the Diagnosis. *Intern Med*. 2021. doi: 10.2169/internalmedicine.6499-20.
15. Suzuki M, Yoshizawa A, Sugiyama H, Ichimura Y, Morita A, Takasaki J et al. A case of yellow nail syndrome with dramatically improved nail discoloration by oral clarithromycin. *Case Rep Dermatol*. 2011; 3: 251-8. doi: 10.1159/000334734.
16. Tosti A, Piraccini B, Lorizzo M. Systemic itraconazole in the yellow nail syndrome. *Br J Dermatol*. 2002; 146(6):1064-7. doi: 10.1046/j.1365-2133.2002.04671.x.
17. Toyoshima M, Chinda K, Suda T. A case of yellow nail syndrome associated with eosinophilic bronchial disease successfully treated with clarithromycin and budesonide. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi*. 2005; 43(9):508-12. PMID: 16218418.
18. Taniguchi Y, Kimata T. Yellow Nail Syndrome Associated With Rheumatoid Arthritis. *Rheumatol*. 2021; 48(5): 785. doi: 10.3899/jrheum.200908
19. Nanda S, Dorville F. Yellow nail syndrome. *CMAJ*. 2009; 181(9):614. doi: 10.1503/cmaj.080255.

20. Robles Marhuenda A, Molina Collada J, Arnalich Fernández F. Síndrome de uñas amarillas. *Rev Clin Esp.* 2020. doi: 10.1016/j.rce.2019.07.020.
21. Polat AK, Hang IT, Dang IT, Soran A. Yellow nail syndrome: Treatment of lymphedema using low pressure compression. *Lymphat Res Biol.* 2012; 10(1):30-2. doi: 10.1089/lrb.2011.0012.
22. Lambert E, Dziura J, Kauls L, Mercurio M, Antaya R. Yellow nail syndrome in three siblings: a randomized double-blind trial of topical vitamin E. *Pediatr Dermatol.* 2006; 23(4):390-5. doi: 10.1111/j.1525-1470.2006.00251.x.
23. Baran R. The new oral antifungal drugs in the treatment of the yellow nail síndrome. *Br J Dermatol.* 2002; 147(1): 189-91. doi: 10.1046/j.1365-2133.2002.48119.x.
24. Baran R, Thomas L. Combination of fluconazole and alpha-tocopherol in the treatment of yellow nail syndrome. *J Drugs Dermatol.* 2009; 8(3):276-8. PMID: 19271377.
25. Wang M, Colegio O. Nail changes, lymphedema, and respiratory symptoms. *JAAD Case Reports.* 2019; 5(9):773-5. doi: 10.1016/j.jdc.2019.06.010.
26. Giacomi F, Srivali N. Yellow nail syndrome: a rare cause of pleural effusion in the elderly. *Arch Bronconeumol.* 2019; 55(11):589. doi: 10.1016/j.arbres.2018.11.014.
27. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE 1999 DIC 14; (298): 12p. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>
28. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 2002 Nov 15; (274): 7p. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

29. Colexio Oficial de Podólogos de Galicia. Coidados básicos do pé.
https://www.sergas.es/Docs/EGSPC/coidado_pes_galego.pdf

9. Anexos

9.1. Anexo 1



ID.-----

CLÁUSULA AVANZADA PACIENTES

INVESTIGACIÓN E DOCENCIA

1.- FINALIDADE DA PARTICIPACIÓN: Os datos clínicos obtidos para diagnóstico ou control das enfermidades ou patoloxías podolóxicas resultan útiles e necesarios para ser utilizados na investigación e docencia. Entre os obxectivos principais da Clínica Universitaria de Podoloxía encóntrase o de contribuír á investigación por parte de alumnos e docentes.

Invitámolo a colaborar con nós para o desenvolvemento destes obxectivos.

A súa participación é totalmente voluntaria. Se nos dá o seu permiso, poderanse utilizar os seus datos clínicos de forma totalmente anónima con fins de docencia (clases, actividades dos alumnos, seminarios, congresos,...) ou de investigación (estudios epidemiolóxicos, estudos de patoloxía podolóxica,...). manterase o anonimato separando os seus datos clínicos cos de identificación persoal.

ACCESO HISTORIAL: Co fin de poder acceder á súa Historia clínica con fins de investigación e docencia precisamos o seu consentimento expreso, por iso rogamos que indique os permisos que desexa darnos. A súa non participación non afectará en modo ningún á súa atención sanitaria presente ou futura.

☐ Si, dou o meu consentimento a que se poida acceder ao meu Historial Clínico cos fins descritos.

☐ Non dou o meu consentimento a que se poida acceder ao meu Historial Clínico cos fins descritos.

USO DE FOTOGRAFÍAS CON FINS DE INVESTIGACIÓN E DOCENCIA: Co único fin de uso para investigación e ensinanza, gustaríanos que nos autorizara

para realizarlle fotografías, vídeos das intervencións realizadas a vostede. Estas imaxes poderán formar parte das clases, congresos ou artigos científicos sempre gardando o seu anonimato. Por favor, marque a casa que se axuste cos permisos que nos quere dar:

☐ Si, dou o meu consentimento para que se tomen fotografías e/ou vídeos e que se poidan utilizar con fins de investigación e ensinanza.

☐ Non dou o meu consentimento para que se tomen fotografías e/ou vídeos e que se poidan utilizar con fins de investigación e ensinanza.

PRAZO DE CONSERVACION: Os datos facilitados conservaranse de acordo coas normas sanitarias de conservación de historias clínicas.

3.-DESTINATARIOS DE CESIÓN: FACULTADE DE ENFERMARÍA E PODOLOXÍA DA UNIVERSIDADE DA CORUÑA – CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOXÍA non cederá os seus datos de carácter persoal a terceiras empresas.

4.- DEREITOS: Ten vostede dereito a acceder, rectificar ou suprimir os datos erróneos, solicitar a limitación do tratamento dos seus datos así como opoñerse ou retirar o consentimento en calquera momento e solicitar a súa portabilidade.

FACULTADE DE ENFERMERÍA E PODOLOXÍA DA UNIVERSIDADE DA CORUÑA – CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOXÍA dispón de formularios específicos para facilitarlle o exercicio dos seus dereitos. Pode presentar a súa propia solicitude ou solicitar os nosos formularios, sempre acompañados dunha copia do seu DNI para acreditar a súa identidade en: R/Naturalista López Seoane, Esq. San Ramón. Campus Universitario de Esteiro, 15403 – Ferrol (A Coruña).

Esta instancia contén información confidencial sobre a súa persoa, polo que deberá entregarse única e exclusivamente ao noso persoal, de modo que queda prohibida a saída deste documento fóra das instalacións da clínica.

SINATURA DO/A PACIENTE

D/D^a-----

DNI-----

SINATURA DO/A REPRESENTANTE / TITOR/A LEGAL

D/D^a-----

DNI-----

Ferrol ----- de ----- de -----

CLÁUSULA AVANZADA PACIENTES

LOPD E ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO

De acordo co establecido pola normativa vixente na materia de protección de datos, informámoslle de que o Responsable de Tratamento dos seus datos persoais é FACULDADE DE ENFERMERÍA E PODOLOXÍA DA UNIVERSIDADE DE A CORUÑA – CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOXÍA en C/Naturalista López Seoane, Esq. San Ramón. Campus Universitario De Esteiro, 15403 – Ferrol (A Coruña).

1.- FINALIDADE DO TRATAMENTO: Os datos serán utilizados para xestionar a súa Historia Clínica, realización de diagnósticos e aplicación de tratamentos.

Só vostede será responsable dos danos de saúde producidos na súa persoa no caso de que omitira algún tipo de información ou de que non nos informara correctamente á hora de responder as preguntas planteadas.

O feito de que non nos facilite parte da información solicitada poderá supoñer a imposibilidade de prestarlle o servizo solicitado a FACULDADE DE ENFERMERÍA E PODOLOXÍA DA UNIVERSIDADE DA CORUÑA – CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOXÍA.

ACCESO HISTORIA ALUMNOS: informámoslle que a Clínica ofrece un servizo docente-asistencial, a atención sanitaria prestada lévase a cabo polos alumnos baixo supervisión dun profesor responsable. Co fin de garantir o respecto, a intimidade e a confidencialidade dos datos de saúde, para que os alumnos da FACULDADE DE ENFERMERÍA E PODOLOXÍA DA UNIVERSIDADE DE A CORUÑA – CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOXÍA poidan acceder ó seu historial precisamos da súa autorización expresa, conforme o artigo 16.3 da LBAP. No caso de que non nos outorgue o permiso non se podería realizar a consulta/tratamento solicitado. Solicitamos que marque a casa sobre o permiso que desexa outorgarnos.

☐ Si, dou o meu consentimento para que os alumnos poidan acceder ao meu Historial Clínico.

☐ Non dou o meu consentimento para que os alumnos poidan acceder ao meu Historial Clínico.

USO DE FOTOGRAFÍAS/VÍDEOS PARA SEGUIMIENTO CLÍNICO: Ca fin de poder realizar seguimento clínico do seu caso, e revisión do avance do mesmo, gustaríanos que nos autorizara para realizarlle fotografías/vídeos. Estas fotografías realizaranse sempre mantendo o **anonimato do paciente**.

Por favor, marque a casa que se axuste ós permisos que nos queira dar:

☐ Si, dou o meu consentimento para que se tomen fotografías para que se poida realizar un seguimento do meu caso.

☐ Non dou o meu consentimento para que se tomen fotografías para que se poida realizar un seguimento do meu caso.

PRAZO DE CONSERVACIÓN: Os datos facilitados conservaranse de acordo ás normas Sanitarias de conservación de historiais clínicos.

3.-DESTINATARIOS DE CESIÓN: FACULTADE DE ENFERMERÍA E PODOLOXÍA DA UNIVERSIDADE DE A CORUÑA – CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOXÍA non cederá os seus datos de carácter persoal a terceiras empresas.

4.- DEREITOS: Ten vostede dereito a acceder, rectificar ou suprimir os datos erróneos, solicitar a limitación do tratamento dos seus datos así como opoñerse ou retirar o consentimento en calquera momento e solicitar a súa portabilidade.

FACULTADE DE ENFERMARÍA E PODOLOXÍA DA UNIVERSIDADE DA CORUÑA – CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOXÍA dispón de formularios específicos para facilitarlle o exercicio dos seus dereitos. Pode presentar a súa propia solicitude ou solicitar os nosos formularios, sempre acompañados dunha copia do seu DNI para acreditar a súa identidade en: R/Naturalista López Seoane, Esq. San Ramón. Campus Universitario de Esteiro, 15403 – Ferrol (A Coruña).

Esta instancia contén información confidencial sobre a súa persoa, polo que deberá entregarse única e exclusivamente ó noso persoal, quedando prohibida a saída deste documento fóra das instalacións da clínica.

SINATURA DO/A PACIENTED/D^a-----

DNI-----

SINATURA DO/A REPRESENTANTE / TITOR/A LEGALD/D^a-----

DNI-----

Ferrol ----- de ----- de -----

9.2. Anexo 2

Coidado e hixiene dos pés

- **Lavado:** débese percorrer ben todo o pé cun xabón neutro e auga morna ou fría, sen esquecer os espazos entre as dedas. O lavado debe ter unha duración aproximada mínima de 5 minutos e máxima de 10. Non dar fregas con cepillos duros nin outros elementos que poidan danar a pel.
- **Secado:** débese facer por contacto e cunha toalla suave, evitando a fricción e, poñendo especial coidado en que non quede humidade entre as dedas, xa que favorece a aparición de fungos, espullas, bacterias... Tamén se pode usar o secador do pelo a baixa temperatura.
- **Hidratación:** é recomendable o uso de cremas ou aceites hidratantes, en pequenas cantidades, no dorso e na planta dos pés, coa intención de previr escamas, fendas e outras lesións dérmicas. NON botaremos crema entre as dedas, xa que propicia a aparición de fungos.
- **Corte das unllas:** as unllas débense cortar rectas, con tesoiras de punta roma, non demasiado curtas, sen cortar os picos e seguindo, na medida do posible, a morfoloxía da deda. É aconsellable limalas.
- **Medias e calcetíns:** é importante cambialos cada día e controlar a presión que exercen para evitar cortes circulatorios; é conveniente que predominen os materiais naturais, como a seda, o algodón, o fío ou a la. É preferible que non leven costuras.
- **Non manipular as lesións:** se temos calquera lesión, debemos acudir ao podólogo. Non se deben cortar nin durezas (hiperqueratose), nin calos (helomas), nin utilizar calicidas, xa que poden provocar feridas ou queimaduras con graves consecuencias.
- **Inspeccionar cada día os pés:** Se non se chega, pódese utilizar a axuda dun espello.

- **Evitar fontes de calor directas**, como estufas, bolsas de auga quente ou mantas eléctricas. Se se ten frío nos pés, pódense usar calcetíns de la, peúgos ou cubrilos cunha manta.
- **Practique exercicio regularmente**, xa sexa dando un paseo xa sexa realizando algún deporte. Facer exercicio axudaralle a mellorar a circulación sanguínea dos pés.
- É conveniente efectuar unha **revisión anual** aínda que non se teña ningunha afección puntual, co fin de tratar posibles patoloxías indoloras que poden ter nefastas repercusións tanto para a marcha como para a estática.